［小児慢性特定疾病］

同　　意　　書

　小児慢性特定疾病に係る医療の給付を受けるにあたり、次のことに同意します。

１　私（や家族）の医療保険上の情報について、栃木県が私の加入する医療保険者に提供し、又は報告を求めること。

２　小児慢性特定疾病請求書（医療保険用）における保険診療点数証明の内容について、医療保険者、医療機関及び調剤薬局等に照会すること。

　　年　　月　　日

栃木県知事

医療保険者　様

　　　　　　　　患者本人

　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　※患者及び法定代理人が家族（被扶養者）の場合

　　　　　　　被保険者本人の方

　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　氏　名

　　　　　　法定代理人（親権者等）

　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　氏　　　名

　　　（本人との続柄：　　　）